

## **ПЕРСПЕКТИВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ИНТЕГРАЦИИ МЕДИЦИНЫ И ПСИХОЛОГИИ**

*Московский государственный университет*

*им. М.В. Ломоносова, г. Москва*

*ГУЗ ДБВЛ «Научно-практический реабилитационный центр*

*«Бонум», г. Екатеринбург*

*Уральский государственный университет им. А.М. Горького,*

*г. Екатеринбург*

В условиях реализации национального проекта «Здравоохранение» особое внимание уделяется разработке и осуществлению эффективных превентивных, лечебных и реабилитационных технологий, направленных на обеспечение высокого качества жизни, позволяющего людям быть активными и созидательными членами общества.

В этой связи, в последние десятилетия нарастает интерес исследователей и практиков к проблемам и возможностям интеграции медицины и психологии. О значимости новой парадигмы свидетельствуют конференции и совещания, издание монографий и научных сборников.

Интеграция как процесс взаимного дополнения и обогащения медицины и психологии предполагает единую междисциплинарную концепцию, синтезирующую на едином основании — идеях холизма и целостного подхода — две теоретические системы. Как известно, любая попытка методологического осмысления процесса получения нового знания требует обращения к концепциям неклассической науки, применительно к психологии ее основы были заложены в трудах Л.С. Выготского в области дефектологии. Л.С. Выготский указывал, «что только с идеей качественного своеобразия (не исчерпываемого количественными вариациями отдельных элементов)... начинается методологическое оформление» принципиально новой области знания и практической деятельности [2]. Однако сразу же возникает «тенденция к его философскому обоснованию, ...поиск философской основы [там же]. Исходя из положений Т. Куна (1965), новое знание возникает тогда, когда в философской полемике в одной области науки, связанной с эталонным конкретным результатом, утверждается иной метод, модель, парадигма. Это означает, что меняется не только мировоззрение и теория, но и факты рассматриваются под углом зрения новых концепций.

В настоящее время медицина представляет собой сложную и разветвленную систему знаний, дифференцирующуюся на десятки взаимосвязанных медицинских наук, каждая из которых имеет свой предмет и методики исследования, свою проблематику и специфическую форму связи с практикой. Традиционно собственным основанием современной отечественной медицины все еще выступает биомедицинская модель, базирующаяся на принципах редукционизма и дуализма. Первый из них — редукционизм — в духе естественнонаучной парадигматики, ориентирует врачей на сведение к биологическим природным детерминантам (физиологическим механизмам, анатомическому субстрату, телесному габитусу) всего многообразия прижизненно формирующихся и культурно обусловленных новообразований личности (таких, как самосознание, смысловая и ценностная саморегуляция). В действительности, телесные и психические процессы неразрывно связаны друг с другом, оказывают синергичное воздействие на протекание как телесных, так и психических феноменов. Несмотря на очевидные социально обусловленные требования к психологической наполненности деятельности современных врачей, большинство из них остается в узких рамках технократического мышления, высоких биотехнологий [4], в научных исследованиях превалируют безусловность и статистическая достоверность получаемых результатов. При этом во главу угла поставлена связь объективно верифицируемых фактов и факторов, без установления причинно-следственных закономерностей.

Второй принцип — дуализм — предполагает идею о независимости протекания соматических, телесных и психических процессов, различную этиологию и патогенез соматических и психических заболеваний. Все это сохраняет архаическое понимание человека, базирующееся на дихотомии души и тела, психического и соматического. За скобки научных исследований и практической деятельности выносятся вся субъективная сторона болезни, так называемая «внутренняя картина болезни» (Р.А. Лурия, В.В. Николаева и другие), феноменология и неосознаваемые психологические смыслы болезни и сама личность больного, взаимоотношения врача — пациента, влияние ближайшего окружения на успех лечения и выздоровления и многое другое. Между тем уже выдающиеся отечественные и зарубежные интернисты XIX века указывали на зависимость физического здоровья от эмоциональных состояний и свойств личности, «считая именно этот вопрос краеугольным камнем в изучении психогенезиса соматических заболеваний» [5].

Задачи интеграции медицины и психологии заставляют обратиться к системному подходу, с позиций которого признается

методологическая нецелесообразность изучения изолированного конфликта, кризиса, дезадаптации, дефекта в какой-то одной из сфер (психической, телесной, социальной) жизнедеятельности индивида в качестве причинного фактора личностного неблагополучия; необходима целостная оценка качества жизни человека, охватывающая все три сферы его жизнедеятельности, а также учет их неравноценного вклада в болезнь и здоровье. Согласно К. Меннингеру, «главная цель совместных усилий терапевтов, хирургов и психиатров состоит в более глубоком исследовании феномена человека как одухотворенной системы физических, химических, психологических и социальных сил» [5].

Лечение и реабилитация целостного человека требуют внимания и к психологическим аспектам страдания, и к социальному контексту его жизни. В русле био-психо-социо-духовного подхода, предложенного G. Engel в 1977 году, синтезировавшего последние достижения психосоматической медицины, все заболевания мультифакторны. Отсюда следует, что все биомедицинские проблемы находятся под влиянием психосоциальных факторов и сами могут послужить причиной вторичных поведенческих и психосоциальных проблем.

С этих позиций следует раскрывать взаимоотношения личности и болезни в соматической медицине. Современные клинко-психологические исследования [9; 11] показывают, что субъективные оценки пациентом динамики болезни («улучшение», «ухудшение») нередко не совпадают с аппаратурно и клинически регистрируемыми структурными и функциональными изменениями в организме — объективной картиной болезни. Нередко они движутся в разных, даже прямо противоположных, направлениях. Следствием этого, в частности, оказываются коллизии во взаимоотношениях врач — больной, сложность достижения комплаентности, расхождения в оценке эффективности лечения (в том числе данных доказательной медицины — при научных исследованиях, а в лечебной практике это может вылиться в судебные претензии), оптимистичности прогноза, адекватности реабилитационных мероприятий.

Сегодня, когда медицина, с ее высокотехнологичными ресурсами, становится частью социокультурных практик, призванных содействовать улучшению качества жизни, цель медицинского обслуживания не может быть сведена исключительно к избавлению от соматического страдания. Системный подход открывает новые направления междисциплинарных исследований, в которых достижения клинической психологии и медицины, с ее основополагающими принципами (например, изучение нозологического патоморфоза), могут быть направлены на решение актуальных для современной культуры проблем.

Со своей стороны, история взаимодействия психологии и медицины имеет длительную историю. Традиционно базовой понятийной оппозицией медицинской психологии (и неверно отождествляемой с ней по предмету — клинической психологии) являлась проблема соотношения нормы и патологии. Действительно, существующие в медицине, в психиатрии в частности, подходы в конечном счете склонны сводить понятие нормы к биологическому (организмическому или физиологическому) уровню, активно оперируя понятием гомеостатического приспособления организма и его соответствующего функционирования, либо разграничивают области нормы и патологии, последняя из них оказывается «замкнута» рамками клиники. Клиническая психология, как и медицина, в этом случае оказывается в узких рамках «патологического гетто», утрачивая социальный смысл и общественное значение [12].

Иные перспективы предоставляет междисциплинарный ракурс на предмет клинической психологии. Оформление новой научной дисциплины (в противовес «медицинской психологии») происходило на путях пересечения и интеграции естественнонаучных и гуманитарных знаний о человеке. Известно, что становление клинической психологии во всем мире сопровождалось двумя ярко выраженными тенденциями: с одной стороны, возрастанием интереса к человеку как объекту экспериментального естественнонаучного познания, с другой — в связи с общей гуманизацией медицины, когда начинает формироваться отношение к больному как личности, достойной сострадания и понимания. Обе эти тенденции первоначально не противоречили друг другу, обе были отмечены идеями гуманизма с его верой в рациональность и расширение пространства познаваемого, открытием конкретного индивида и интуитивного понимания мощной врачующей силы, исходящей из отношений врач — больной.

Современная клиническая психология оставила медицинской психологии сугубо естественнонаучную парадигму с ее жестким и однозначным противопоставлением нормы и патологии, нозоцентризмом, приматом диагностики над реабилитацией.

Новая парадигма получила название антропоцентрической, что находит воплощение в понимании роли единства и взаимодействия широкого круга биологических, социально-психологических и индивидуально-личностных факторов как в развитии патологических процессов, так и в их преодолении, компенсации.

Одним из самых главных методологических вопросов для клинической психологии является отношение к оппозиции «хоризм — элементаризм», даже более актуальных сегодня, чем

проблема «нормы — патологии». Элементалистическая позиция, наоборот, предполагает, что путь к научному объяснению природы человека лежит в исследовании каждого фундаментального аспекта его жизнедеятельности. Сторонники холистического принципа, ориентирующего и конкретные эмпирические исследования, и модели психологической помощи, утверждают: природа человеческого индивида такова, что любое поведение человека может быть понято и описано не иначе, как исходя из понимания его как целостной структуры (гештальта, паттерна). Соответственно метод клинической психологии направлен на постижение целостности скорее, чем на анализ «переменных», на изучение системного взаимодействия и развития в противовес констатации неизменности, статичности и метафизичности, что отвечает отстаиваемому ещё К. Левином, Л.С. Выготским и Б.В. Зейгарник приоритета «галилеевского» принципа научного познания в психологии над «аристотелевским».

Придерживаясь принципов холизма и системности, клиническая психология признает научный статус метода изучения единичного индивидуального случая, в котором являют себя общепсихологические закономерности; номотетический и идеографический подход объединяются в единый метод научного познания человека не в его абстрактных и изолированных сущностях, а в целостности индивидуального бытия.

Серьезно расширилось и само понимание «нормы», этот термин используется для указания на «распространенность», «предельное значение», «идеал», «социальную желательность», «ценностную ориентацию» — иными словами, понимается в широком социокультурном контексте. Так, например, системное изучение феномена перфекционизма, весьма распространенного и разрушительного для душевного здоровья явления, демонстрирует его мультифакторную обусловленность. Со стороны патологии — в рамках дискурса «личностные расстройства», со стороны культурных эталонов — через анализ макросоциального фактора — становления высших ценностных регуляторов конкретного человека (дифференциально-личностный фактор), а также ценностей, сформировавшихся в определенной семейной традиции и структуре внутрисемейных отношений (микросоциальный фактор). Следуя принципам системности и холизма, мы понимаем феномен перфекционизма как отражение целостного стиля жизни погранично-нарциссической личности, с пронизывающим ее жизнь лейтмотивом саморазрушения.

Сегодня клиническая психология приобрела статус психологической науки, предмет которой — теоретические и практические проблемы изучения психических особенностей больного

человека (с соматическими или психическими расстройствами) как личности с целью открытия или уточнения закономерностей и механизмов его оптимального лечения и реабилитации.

Современная структура клинической психологии представлена такими направлениями, как патопсихология, нейропсихология, аномальный онтогенез, психосоматика и психология телесности, психотерапия, психологическое консультирование и психологическая коррекция и др. Независимо от конкретных направлений исследования ключевым является личностный контекст исследований и сближение последних с внедрением их результатов в сферу психологической помощи. Проблематика конкретных исследований рождается из запросов как микросоциального окружения (семейное неблагополучие как предиктор пограничных расстройств), так и макросоциальных — необходимость диагностики индивидуальных особенностей личности с ПТСР, связь мозговой организации высших психических функций и пограничные расстройства, В целом — развитие дифференциально- психологического направления в нейро- и патопсихологии, изучение проблем нормопсихологии и психологии здоровья, возрастной — детской и гериатрической — нейропсихологии, нейропсихологические варианты нормы, нейропсихологический анализ готовности детей к школьному обучению, межполушарная асимметрия и основы одаренности.

Клиническая психология, таким образом, распространилась сегодня в области, далекие от узкоограниченного понимания клиники как «больничной койки», — во внебольничную, пограничную психиатрию и психосоматическую медицину, во все более расширяющийся круг «культурной патологии». Сегодня ее предмет в широком понимании включает изучение многообразия межличностных проблем, кризисов личного, социального и профессионального развития, диагностику и психологическую помощь больному и его семье, в связи с реабилитацией, обучением и другими сферами его жизнедеятельности.

В современных условиях общественного кризиса и глобальной нестабильности актуальным становится изучение бессознательных психологических механизмов формирования и функционирования инфантильных иррациональных эмоционально насыщенных стереотипов и моделей восприятия межличностных отношений, в значительной степени складывающихся под влиянием архаических образов — репрезентаций значимых других. Феномены сотрудничества, доверия и взаимопонимания, так же как и враждебности, непримиримости к социальному окружению, варварского отношения к природе, насилие и аутоагрессия, депрессия и расстройства самоидентичности, имеют в своей

основе ряд общих психологических механизмов, недостаточно изученных в психологии, не имеющих объемлющей и связной теории. Психология бессознательного все еще остается за пределами академической психологии, что существенно затрудняет научное изучение важнейших явлений жизни человека в современном обществе.

Клиническая психология сегодня уже не возлагает особые надежды на научную ценность математической психологии, не переоценивает и предсказательную силу статистики. Она включает в свой предмет многообразие индивидуальных случаев как проявление общего в частном и конкретном; стремится объединить естественнонаучные и гуманитарные традиции, обнаруживая за феноменологической «видимостью» причинно-следственные связи между соматическими (в том числе мозговыми) и социально-психологическими факторами болезни; дает качественный анализ внутренних связей между симптомами, строит их систематизацию, изучает их многофакторную и полидетерминированную природу возникновения. Отсюда вытекает специфика понимания и построения клинико-психологической диагностики и эксперимента в широком смысле слова как «функциональной пробы». Следуя позиции Б.В. Зейгарник, «психологическое исследование в клинике может быть приравнено к «функциональной пробе» — методу, широко используемому в медицинской практике». Однако в ситуации «психологического эксперимента роль «функциональной пробы» могут играть такие экспериментальные задачи, которые в состоянии актуализировать умственные операции, которыми пользуется человек в своей жизнедеятельности, его мотивы, побуждающие эту деятельность» [3].

Клиническая психология отдает большее предпочтение психологии отношений и взаимодействия, чем психологии статичных черт личности; ориентируется преимущественно на прогноз, а не на диагноз; центрируется на проблематике личности более, чем на изучении отдельных психических процессов, сближает решение исследовательских задач с потребностями практики. Соответственно выделяются два преимущественных направления в клинической психологии: психодиагностика и психотерапия; последняя объединяет различные виды психологической помощи, включая консультирование, психологическую коррекцию, тренинги личностного развития и повышения профессиональной компетентности.

В той мере, в какой клиническая психология на сегодняшний день является именно отраслью психологии, она наследует и ее такие основополагающие принципы, как культурно-историческая обусловленность психического, его intersубъектная и знаково-

символическая природа, признание эволюционной природы психопатологических феноменов. Историко-эволюционный подход в клинической психологии позволяет выделить универсальные закономерности развития человека *в биогенезе, социогенезе, персоногенезе и психопатогенезе* и тем самым открывает новые возможности системной междисциплинарной и внутридисциплинарной интеграции представлений о человеке.

В качестве возможного направления развития данной методологии можно выделить изучение новых форм «культурной патологии» (А.Ш. Тхостов), обусловленных связью психопатологии с дефектами личностного развития в условиях безудержного роста современных технологий удовлетворения потребностей [11; 12].

Иной ракурс представлен в наших исследованиях [6; 7; 8], выявляющих высокую распространенность в «нормальной» популяции синдрома погранично-нарциссической личности (Е.Т. Соколова), для которой характерна психологическая незрелость, нестабильность и зависимость, слабость регуляторных функций и высокая стрессодоступность, нереалистичность восприятия себя и окружающих, упрощенная модель мира и иррадиирующая и полиморфная деструктивность.

Оценка сравнительной эффективности фармакотерапевтического и психотерапевтического ведения пациентов с инфантильными, незрелыми и пассивно-агрессивными расстройствами личности подтверждает необходимость комплексной психологической диагностики и реабилитационных психотерапевтических мероприятий для подобного рода «трудных» пациентов, в принципе, резистентных к любым видам терапии.

Другим важным направлением методологического осмысления проблемы нормы и патологии становится диагностика личностных особенностей пациентов эстетической хирургии. С одной стороны, развитые и совершенные биомедицинские технологии создают уверенность человека в возможности изменения, совершенствования собственного тела. Стремление к бесконечной борьбе с возрастными изменениями как отражение необходимости встроиться в современную систему социально-экономических требований; трансформации тела в соответствии с канонами массовой культуры «вынуждают» все увеличивающуюся часть населения прибегать к услугам эстетических хирургов. Мотивация обращений опосредована весьма распространенным мифом о телесном преобразении, которое влечет за собой социально-профессиональный успех и личное благополучие. С другой стороны, вне поля зрения и пациентов и хирургов оказывается вероятность временного или более длительного психического расстройства как негативного исхода операции. В наших исследованиях [1; 9] установлено, что количество



пациентов с пограничной и нарциссической личностной патологией колеблется от 17,1% до 36,7%. Данное патологическое состояние выступает в качестве защитной организации с очень мощными внутренними детерминантами, и по этой причине даже врачи, следующие психотерапевтически ориентированной лечебной идеологии, терпят неудачу в ведении таких пациентов. Любое, даже самое удачное хирургическое вмешательство оборачивается для пациентов болезненным нарастанием депрессии, связанной с крахом, нереальностью ожиданий, а также полным или частичным нарушением ориентации в реальности. Доминирование телесного уровня переживаний при пограничной личностной организации над уровнем произвольного психического регулирования поведения вынуждает таких пациентов неоднократно обращаться к эстетической хирургии, являясь вариантом «самоповреждающего», парасуицидального поведения [10].

При этом необходимо отметить, что у пациентов с пограничной личностной организацией присутствует мультикондициональная соматическая патология: наличие четырех-пяти соматических заболеваний (чаще в варианте кардионевроза или сердечно-сосудистой патологии, не требующей инвазивного вмешательства); а также характерна высокая коморбидность всему регистру аффективных расстройств, аддикциям, девиациям поведения (F30. — F39. Расстройства настроения по МКБ-10).

Существенные возможности для развития интеграции медицины и психологии предоставляет системный подход к теоретической разработке и практическому внедрению технологии психологического сопровождения детей и подростков с врожденной или рано приобретенной патологией.

В научно-реабилитационном центре «Бонум» под руководством доктора медицинских наук, профессора, заслуженного врача С.И. Блохиной с середины 90-х годов XX века в организационном аспекте преобладает стратегия деятельности — системная интеграция, которая дает значимый социальный и экономический эффект. На протяжении последних пятнадцати лет НПРЦ «Бонум» является стабильным конкурентоспособным многопрофильным лечебно-профилактическим учреждением, что обусловило его выбор в качестве филиала Российского центра здоровья детей РАМН (руководитель — академик РАМН, доктор медицинских наук, профессор Н.Н. Баранов).

Теоретическая и практическая разработка и внедрение психологического сопровождения в лечебно-реабилитационную практику НПРЦ «Бонум» прошла ряд этапов: от делегирования психологам ряда функций (например, работа с родителями, имеющими ребенка с тяжелой врожденной или рано приобре-

тенной патологией) до организационного закрепления психологической службы (создание особого структурного подразделения — Антикризисный центр) в макросреде учреждения. Это позволило осуществить интеграцию медицины и психологии в технологии антенатального, интранатального и постнатального развития человека, что способствует предотвращению телесного и духовного отклонения в развитии ребенка на самых ранних стадиях.

Важный вклад в развитие интеграции медицины и психологии вносит особое положение подростков в системе медицинского обслуживания населения. Интенсивные процессы роста и физиологических изменений в ходе полового созревания, формирование физического «я» подростка сочетаются с разворачиванием не менее драматичных явлений в психологической и социальной сферах его жизни. Известно (Соколова, 1989), что психологические реакции в виде переживаний дискомфорта из-за врожденных или приобретенных уродств, в силу высокой значимости внешности, могут привести к развитию «чувства дефектности», формированию зависимого или агрессивно-пассивного личностного расстройства, что требует своевременного психологического и психотерапевтического вмешательства. Нами установлено [1], что хирургически компенсированный врожденный дефект внешности непосредственно не влияет на процессы адаптации подростка в обществе и поэтому не может быть рассмотрен в качестве основного фактора социального благополучия. Основным каналом опосредствующего влияния на процесс личностного развития являются стилевые особенности семейного взаимодействия и положение подростка в семье.

Необходимо отметить, что стратегия развития НПРЦ «Бонум» как целостного организма основана на логике опережения и предвидения, то есть предпочтении долгосрочных направлений развития вопреки задачам сиюминутной выгоды. Именно это обусловило формирование специфического ценностно-нормативного пространства, породившего организационную культуру, отвечающую современным требованиям. В рамках такой организационной культуры оказалась возможной перестройка иерархии ценностей как всей организации, так и каждого из сотрудников: от топ-менеджеров до среднего медицинского персонала; построение новых смыслов профессиональной деятельности, а также системы предпочтений определенных паттернов поведения в организации. В частности, удалось практически показать, что психотерапевтически ориентированная лечебная идеология существенно влияет как на самочувствие врачей, так и на состояние пациентов, прежде всего за счет изменения мотивации

и формирования позитивных смысловых доминант, препятствующих развитию синдрома эмоционального выгорания.

Таким образом, пути и способы интеграции медицины и психологии многообразны, но все направлено на создание условий для позитивных изменений личности пациента, обеспечение высокого уровня медицинского обслуживания и, в конечном итоге, требуемого и желаемого качества жизни.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Баранская Л.Т. Психологическое сопровождение пациентов с врожденными и приобретенными дефектами и деформациями челюстно-лицевой области / Л.Т. Баранская, А.Г. Леонов, С.И. Блохина. — Екатеринбург: СВ-96, 2005.
2. Выготский Л.С. Основы дефектологии. Собр. соч. Т. 5. — М.: Педагогика, 1983.
3. Зейгарник Б.В. Патопсихология: Учеб. пособие для студентов вузов. — М.: Издательский центр «Академия», 1999.
4. Ковтун О.П. Психологическая составляющая профессиональной компетентности специалистов-врачей многопрофильного лечебно-профилактического учреждения /О.П. Ковтун, С.И. Блохина, Л.Т. Баранская, Т.Б. Ильиных //Проблемы управления здравоохранением. — 2006. — № 6 (31). — С. 47–52.
5. Меннингер К. Война с самим собой. — М.: ЭКСМО-Пресс, 2000.
6. Соколова Е.Т. Клиническая психология //Большой психологический словарь. — М. Прайм-Еврознак, 2003. — С. 224–225.
7. Соколова Е.Т. Психотерапия: теория и практика. — М.: Издательский центр «Академия», 2002.
8. Соколова Е.Т. Человек-нарцисс: портрет в современном социокультурном контексте// Психология. Современные направления междисциплинарных исследований / Под ред. А. Журавлева, Н. Тарабриной. — М.: Институт психологии РАН, 2003.
9. Соколова Е.Т. Клинико-психологические основания эффективности эстетической хирургии /Е.Т. Соколова, Л.Т. Баранская //Социальная и клиническая психиатрия. — 2007. — Т. 17. — № 3. — С. 26–33.
10. Соколова Е.Т. Проблема суицида: клинико-психологический ракурс /Е.Т. Соколова, Ю.А. Сотникова //Вопросы психологии. — 2006. — № 2. — С. 103–116.
10. Тхостов А.Ш. Психология телесности. — М.: Смысл, 2002.
11. Тхостов А.Ш. Новые направления клинической психологии. Вызов культуры /А.Ш. Тхостов, К.Г. Сурнов // Актуальные проблемы клинической психологии в современном здравоохранении / Под ред. С.И. Блохиной, Г.А. Глотовой. — Екатеринбург: СВ-96, 2004.